RSA_____

1- USCITE DOMICILIARI:

Io sottoscritto_____

In qualità di:

- familiare ☐ (specificare grado)_____
- tutore/amministratore di sostegno ☐

del/ della Sig.___ _____

informato dal personale sanitario (medico o/e infermiere) delle condizioni di salute e delle problematiche assistenziali in atto, consapevole delle responsabilità che ne derivano, nonché esonerando Codesta Azienda da qualsivoglia fattispecie di responsabilità, comunico che

dal giorno_____ore_____ al giorno_____ore_____

il sig._____è in

- Permesso orario ☐
- Permesso domiciliare ☐

Data Firma per esteso (leggibile)

_____ _____

2- USCITE PER PRESTAZIONI SANITARIE:

Da rilasciare ai familiari che ne fanno richiesta.

Io sottoscritto_____in qualità di:

- Coordinatore infermieristico ☐
- Infermiere ☐

Dichiaro di affidare l'utente_____alla responsabilità del familiare_____(specificare grado)_____il giorno_____dalle ore_____alle ore_____per eseguire accertamenti sanitari presso la struttura sanitaria_____

_____.

Data Firma per esteso (leggibile) del Coordinatore / Infermiere

_____ _____

Firma per esteso (leggibile) del familiare

_____